

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

Kehamilan merupakan penyatuan spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifudin, 2009).

Kehamilan merupakan proses yang alamiah perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis. Oleh karena itu, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya. (Dartiwen dan Nurhayati, 2019)

Hari pertama haid terakhir ibu guna menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal kelahiran. rumus sederhana menentukan tanggal kelahiran yaitu tanggal ditambah 7, sedangkan bulan ditambah 3 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). (Atiqoh, 2020)

Masa kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat

sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. (prawiroharjo, 2009)

1. Proses Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri atas ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi, pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi), pembentukan plasenta, sampai tumbuh kembang hasil konsepsi (Manuaba, 2010)

Ovulasi merupakan proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh system hormonal yang kompleks. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel de graaf yang menuju ke permukaan ovarium disertai pembentukan cairan folikel dan selama pertumbuhan ini ovarium mengeluarkan hormone yang dapat memengaruhi gerakan dari tuba. Dengan pengaruh LH yang semakin besar, terjadi proses pelepasan ovum (ovulasi) dengan gerakan aktif tuba maka ovum telah dilepaskan segera ditangkap oleh fimbria tuba. Ovum yang tertangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus dan siap untuk dibuahi (Atiqoh, 2020).

2. Tanda-Tanda Kehamilan

a. Gerakan janin

Gerakan janin dapat dirasakan ibu primigravida pada umur kehamilan 18 minggu, sedangkan ibu multigravida pada usia kehamilan 16 minggu

b. Sinar rontgen

Pada pemeriksaan rontgen, terlihat kerangka janin

c. Ultrasonografi (USG)

Dapat terlihat gambaran janin berupa kantong janin, panjang janin, dan diameter biparietal hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan dengan menggunakan USG

d. Palpasi

Dapat dilakukan dengan palpasi menurut Leopold pada akhir trimester II

e. Denyut jantung jani (DJJ)

Dapat diketahui dengan fetal electrocardiograph (pada kehamilan 12 minggu), dengan Doppler (kehamilan 12 minggu), dan stetoskop leanec (18-20 minggu). (Atiqoh, 2020)

3. Keluhan Kehamilan Pada Trimester I

Keluhan yang muncul pada trimester I, yaitu:

a. Mual muntah

Mual dan muntah atau dalam medis emesis gravidarum atau morning sickness merupakan suatu keadaan mual yang terkadang disertai muntah (frekuensi kurang dari 5 kali). Selama kehamilan, sebanyak 70-85% wanita mengalami mual muntah (Wegrzyniak, 2012). Dari hasil penelitian Lacasse 2009 dari 367 wanita hamil, 78,47% mual muntah terjadi pada trimester pertama, dengan derajat mual muntah yaitu 52,2% mengalami mual muntah ringan, 45,3% mengalami mual muntah sedang dan 2,5% mengalami mual muntah berat. Pada trimester dua, 40,1 % wanita masih mengalami mual muntah dengan rincian 63,3% mengalami mual muntah ringan, 34,9% mengalami mual muntah sedang dan 0,8% mengalami mual muntah berat. (Husin, 2013)

Penyebab pasti *morning sickness* belum diketahui dengan jelas, akan tetapi mual dan muntah dianggap sebagai masalah multifactorial. Teori yang berkaitan adalah factor hormonal, system vestibular, pencernaan, psikologis, hiperolfaction, genetic, dan factor evolusi. Berdasarkan suatu studi prospektif pada 9000 wanita hamil yang mengalami mual muntah, didapatkan hasil risiko mual mutah meningkat pada primigravida, wanita yang pendidikannya kurang, merokok, kelebihan berat badan atau obesitas, memiliki riwayat mual dan muntah pada kehamilan sebelumnya.

Mual dan muntah merupakan interaksi yang kompleks dari pengaruh endokrin, pencernaan, factor vestibular, penciuman, genetic, psikologi. Berdasarkan beberapa studi dikemukakan bahwa mual muntah dalam kehamilan berhubungan dengan plasenta. Hal tersebut didasarkan pada hasil studi kasus pada pasien mola hidatidosa yang ternyata tetap menunjukkan gejala mual muntah, hal tersebut mengindikasikan bahwa rangsangan mual muntah berasal dari plasenta, bukan jani. Teori ini di perkuat dengan gejala mual muntah yang biasanya terjadi setelah implantasi dan bersamaan saat reproduksi hCG mencapai puncaknya. hCG dihasilkan karena plasenta yang berkembang. Diduga bahwa hormone inilah yang memicu mual dan muntah dengan bekerja pada chemoreseptor trigger zone pada pusat muntah melalui rangsangan terhadap otot dari poros lambung. (husin,2013)

Emesis gravidarum (*morning sickness*) berhubungan dengan level human chorionic gonadotropin (HCG). HCG menstimulassi produksi esterogen pada ovarium. Esterogen diketahui bahwa meningkatkan mual dan muntah. Pada kehamilan ganda, yang memiliki kadar HCG lebih tinggi semakin meningkatkan

resiko mial muntah. Peningkatan hormone estrogen ini dapat memancing peningkatan keasaman lambung yang membuat ibu merasa mual.

Teori-teori lain mengatakan bahwa sel-sel plasenta (villi kalioris) yang menempel pada dinding Rahim awalnya ditolak oleh tubuh karena di anggap sebagai benda asing. Reaksi imunologik inilah yang memicu terjadinya mual-mual. Perubahan metabolic glikogen hati akibat kehamilan juga dianggap sebagai penyebab mual dan muntah . akan tetapi setelah terjadi penyesuaian terhadap sel-sel plasenta dan terjadi kompensasi metabolisme glikogen di dalam tubuh, maka rasa mual akan menghilang (husin,2013).

Ada beberapa peneliti yang menyebutkan bahwa morning sickness disebabkan factor psikologis, seperti kehamilan yang tidak direncanakan, tidak nyaman atau tidak diinginkan, beban pekerjaan akan menyebabkan penderitaan batin dan konflik. Perasaan bersalah, marah, ketakutan, dan cemas dapat menambah tingkat keparahan mual dan muntah. Akan tetapi, teori tersebut masih belum memiliki bukti yang kuat. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan oleh bidan, yaitu:

- 1) Melakukan pengaturan pola makan yaitu dengan memodifikasi jumlah dan ukuran makanan. Maka dengan jumlah kecil dan minum cairan yang mengandung elektrolit atau suplemen lebih sering. Mengonsumsi makanan yang tinggi protein dapat mengurangi mual dan melambatkan aktivitas gelombang dysrhythmic pada lambung terutama pada trimester pertama dibandingkan dengan maknan yang didominasi oleh karbohidrat atau lemak
- 2) Menghindari ketegangan yang dapat mengakibatkan stress dan mengganggu istirahat tidur

- 3) Meminum air jahe dapat mengurangi gejala mual dan muntah secara signifikan karena dapat meningkatkan motilitas saluran cerna, yaitu dengan menggunakan 1gr jahe sebagai minuman selama 4 hari.
- 4) Melakukan akupuntur atau hypnosis dapat mengurangi mual dan muntah secara signifikan
- 5) Menghindari mengkonsumsi kopi/kafein, tembakau dan alkohol, karena selain dapat menimbulkan mual dan muntah juga dapat memiliki efek yang merugikan untuk embrio serta menghambat sintesis protein
- 6) Berikan tablet vitamin B6 1.5mg/hari, untuk meningkatkan metabolisme serta mencegah terjadinya ensefalopati (penjelasan lebih lanjut pada sub bab obat dan suplemen dalam kehamilan).berikut table makanan dan minuman untuk pengelolaan morning sickness ringan dan sedang yang direkomendasikan oleh ahli gizi dan diet dari *consensus Queensland*:

Table 1
Saran Menu Makanan Pada Ibu Hamil dengan Emesis Gravidarum
Menurut *Konsesus Queensland*.

| Tingkatan morning sickness | Strategi | Contoh |
|---|--|--|
| Berat (dikategorikan sebagai hyperemesis gravidarum) | Cobalah untuk menghirup udara yang dingin, cairan yang bening | Lemon, jahe, minuman untuk membangkitkan stamina, jelly yang manis |
| | Menjaga mulut agar tetap bersih dan segar | Mengkonsumsi permen |
| | Ketika merasa sedikit lebih baik maka tingkatkan dengan meminum berbagai minuman | Jus buah, jus sayuran, teh, minuman ringan, air soda, sup kaldu |
| | Segera makan sesuatu yang ringan setelah bangun tidur di pagi hari | Biskuit sepotong roti panggang |
| Sedang | Makan sering dan makan ringan | Makan atau minum secara perlahan, mengunyah makanan dengan baik, hindari minuman-minuman atau makanan selingan setelah waktu makan |

| | | |
|---------------|--|---|
| Ringan | Pilih makanan yang tinggi karbohidrat | Biskuit kering, kerupuk, popcorn, sereal, roti panggang buah atau sayuran bertepung |
| | Hindari makanan berlemak gorengan dan makanan pedas | Gunakan susu rendah lemak, rendah mentega, margarin, dan daging tanpa lemak |
| | Cobalah untuk menyertakan makanan yang rendah lemak, dan makanan yang kaya protein | Telur, kacang panggang, daging ayam tanpa lemak, ikan, makanan yang berprotein tinggi |
| | Sebelum tidur makanlah makanan yang mengandung protein dan karbohidrat | Keju, kerupuk, yoghurt dan custard |

Sumber : (Husin,2013)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio Trimester I

a. Minggu ke-1 :

Minggu ini sebenarnya masih periode menstruasi, bahkan pembuahan pun belum terjadi. Sebab tanggal perkiraan kelahiran si kecil dihitung berdasarkan hari pertama haid terakhir. Proses pembentukan Antara sperma dan telur yang memberikan informasi kepada tubuh bahwa telah ada calon bayi dalam rahim. Saat ini janin sudah memiliki segala bekal genetic, sebuah kombinasi unik berupa 46 jenis kromosom manusia. Selama masa ini, yang dibutuhkan hanyalah nutrisi (melalui ibu) dan oksigen. Sel-sel telur yang berada dirahim, berbentuk seperti seperti lingkaran sinar yang mengelilingi matahari sel ini akan bertemu dengan sel-sel sperma dan memulai proses pembuahan 5 juta sel sperma ini sangat sekaligus berenang menuju tujuan akhir mereka yaitu menuju sel telur yang bersembunyi pada saluran sel telur.walaupun pasukan sel sperma ini sangat banyak, tetapi pada akhirnya hanya 1 sel saja yang bisa menembus indung telur. Pada saat ini kepala sel sperma telah hampir masuk. Kita dapat melihat bagian tengah dan belakang sel sperma yang tidak henti-hentinya berusaha secara tekun menerobos dinding indung telur. (Hatini, 2018)

b. Minggu ke-2

Pembuahan terjadi pada akhir minggu kedua. Sel telur yang telah dibuahi membelah dua 30 jam setelah dibuahi. Sambil terus membelah, sel telur bergerak di dalam lunamh falopi menuju rahim. Setelah membelah menjadi 32, sel telur disebut morula. Sel-sel mulai berkembang dan terbagi kira-kira dua kali sehari sehingga pada hari yang ke 12 jumlah sel telah bertambah dan membantu blastocyst terpaut pada endometrium.

c. Minggu ke-3

Sampai usia kehamilan 3 minggu, ibu mungkin belum sadar jika sedang mengandung. Sel telur yang telah membelah menjadi ratusan akan menempel pada dinding rahim disebut blastosit. Ukurannya sangat kecil, berdiameter 0,1-0,2 mm.

d. Minggu ke-4

Kini, bayi berbentuk embrio. Embrio memproduksi hormone kehamilan (chorionic gonadotropin-HCG), sehingga apabila anda melakukan test kehamilan, hasilnya positif janin mulai membentuk struktur manusia. Saat ini telah terjadi pembentukan otak dan tulang belakang serta jantung dan aorta (urat besar yang membawa darah ke jantung).

e. Minggu ke-5

Terbentuk 3 lapisan yaitu ectoderm, mesoderm dan endoderm. Ectoderm adalah lapisan yang paling atas yang akan membentuk system saraf pada janin tersebut yang seterusnya membentuk otak, tulang belakang, kulit serta rambut. Lapisan mesoderm berada pada lapisan tengah yang akan membentuk organ jantung, buah pinggang, tulang dan organ reproduksi. Lapisan endoderm yaitu

lapisan paling dalam yang akan membentuk usus, hati, pancreas dan pundi kencing.

f. Minggu ke-6

Ukuran embrio rata-rata 2-4 mm yang diukur dari puncak kepala hingga bokong. Tuba saraf sepanjang punggung bayi telah menutup. Pada minggu ini system pencernaan dan pernapasan mulai dibentuk, pucuk-pucuk kecil yang akan berkembang menjadi lengan kaki pun mulai tampak

g. Minggu ke-7

Akhir minggu ketujuh panjangnya sekitar 5-13 mm dan beratnya 0,8 gram, kira-kira sebesar biji kacang hijau. Pucuk lengan mulai membelah menjadi bagian bahu dan tangan yang mungil. Jantung telah dibagi menjadi bilik kanan dan bilik kiri, begitu pula dengan Saluran udara yang terdapat di dalam paru-paru

h. Minggu ke-8

Panjang kira-kira 14-20 mm. banyak perubahan yang terjadi pada bayi, ujung hidung dan kelopak mata mulai berkembang, begitu pula telinga. Mulai bercabang. Lengan semakin membesar dan ia memiliki siku. Bayi sudah mulai terbentuk diantaranya pembentukan lubang hidung, bibir mulut serta lidah. Matanya juga sudah kelihatan berada dibawah membrane kulit yang tipis. Anggota tangan serta kaki juga terbentuk walaupun belum sempurna.

i. Minggu ke-9

Telinga bagian luar mulai terbentuk kaki dan tangan terus berkembang berikut jari kaki dan tangan mulai tampak. Ia mulai bergerak, dengan Doppler bisa mendengar detak jantungnya. Minggu ini, panjangnya sekitar 22-30mm dan beratnya sekitar 4 gram.

j. Minggu ke-10

Semua organ penting yang telah terbentuk mulai bekerja sama. Pertumbuhan otak meningkat dengan cepat, hampir 250.000 sel saraf baru diproduksi setiap menit. Ia mulai tampak seperti manusia kecil dengan panjang 32-43 mm dan berat 7 gram.

k. Minggu ke-11

Panjang tubuhnya mencapai sekitar 6,5 cm. baik rambut, kuku jari tangan dan kakinya mulai tumbuh sesekali di usia ini janin sudah menguap. Gerakan demi gerakan kaki dan tangan, termasuk gerakan menggeliat, meluruskan tubuh dan menundukkan kepala, sudah bisa dirasakan ibu. Janin kini sudah bisa mengubah posisinya dengan berputar, memanjang, bergelung, atau malah jumpalitan yan kerap terasa menyakitkan sekaligus memberi sensasi kebahagiaan tersendiri.

l. Minggu ke-12

Bentuk wajah bayi lengkap, ada dagu dan hidung kecil. Jari-jari tangan dan kaki yang mungil terpisah penuh. Usus bayi telah berada di dalam rongga perut. Akibat meningkatnya volume darah ibu, detak jantung janin bisa jadi meningkat. Panjangnya sekitar 63 mm dan beratnya 14 gram. Mulai proses penyempurnaan seluruh organ tubuh. Bayi membesar beberapa mili meter setiap hari. Jari dan tangan mulai terbentuk termasuk telinga dan kelopak mata (Hatini, 2018)

5. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Perubahan fisiologis dibagi menjadi perubahan yang dapat dilihat dan perubahan yang tidak dapat dilihat.

Perubahan yang dapat dilihat meliputi:

- a. Perubahan pada kulit terjadi hiperpigmentasi yaitu kelebihan pigmen di tempat tertentu. Pada wajah pipi dan hidung mengalami hiperpigmentasi sehingga menyerupai topeng (topeng kehamilan atau kloasma gravidarum). Pada areola mammae dan puting susu, daerah yang berwarna hitam di sekitar puting susu akan menghitam. Sekitar areola yang biasanya tidak berwarna akan berwarna hitam. Hal ini disebut areola mammae sekunder. Puting susu menghitam dan membesar sehingga lebih menonjol. Pada area supra pubis, terdapat garis hitam yang memanjang dari atas simpisis sampai pusat. Warnanya lebih hitam dibandingkan warna sebelumnya, muncul garis baru yang memanjang di tengah atas pusat (linea nigra). Pada perut selain hiperpigmentasi, terjadi stria gravidarum yang merupakan garis pada kulit yang berwarna putih (Saminem,2006)
- b. Perubahan kelenjar, kelenjar gondok membesar sehingga leher ibu berbentuk seperti leher pria. Perubahan ini tidak Selalu terjadi pada wanita hamil.
- c. Perubahan payudara perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir. Perubahan yang terlihat pada payudara adalah:

Payudara membesar tegang dan sakit, vena di bawah kulit payudara membesar dan terlihat jelas, hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola sekunder, payudara ini mengeluarkan cairan apabila dipijat.

- a. Perubahan perut semakin mendekati masa persalinan perut semakin besar. Biasanya, hingga kehamilan empat bulan, pembesaran perut belum kelihatan.

Setelah kehamilan ke lima bulan, perut mulai kelihatan membesar. Saat hamil tua, perut menjadi tegang dan pusat menonjol ke luar. Timbul sria gravidarum dan hiperpigmentasi pada linea alba dan linea nigra.

- b. Perubahan alat kelamin luar. Alat kelamin luar ini tampak hitam kebiruan karena adanya kongestin pada peredaran darah. Kongestin terjadi karena pembuluh darah membesar, darah yang menuju uterus untuk sangat banyak, sesuai dengan kebutuhan uterus untuk membesarkan dan memberi makan janin. Gambaran mukosa vagina yang mengalami kongesti berwarna hitam kebiruan tersebut disebut tanda chadwick.
- c. Perubahan pada tungkai. Timbul varises pada sebelah atau kedua tungkai pada hamil tua sering terjadi edema pada salah satu tungkai. Edema terjadi karena tekanan uterus yang membesar pada vena femoralis sebelah kanan dan kiri.
- d. Perubahan pada sikap tubuh sikap tubuh ibu menjadi lordosis karena perut yang membesar.

Perubahan yang tidak dapat dilihat :

- a. Perubahan pada alat pencernaan. Alat pencernaan lebih kendur ,peristaltic kurang baik, terjadi hipersekresi kelenjar dalam alat pencernaan sehingga menimbulkan rasa mual, muntah, hipersalivasi, dan lain-lain.
- b. Perubahan pada peredaran dan pembuluh darah
 - 1) Perubahan pada jantung
 - 2) Perubahan pada tekanan darah
 - 3) Perubahan pada darah
- c. Perubahan pada paru-paru
- d. Perubahan pada perkemihan

- e. Perubahan pada tulang
- f. Perubahan pada jaringan pembentukan organ
- g. Perubahan pada alat kelamin dalam

6. Kebutuhan Ibu Hamil

Menjadi ibu hamil, tentunya ada beberapa kebutuhan yang diperlukan untuk menunjang kesehatan ibu dan calon bayi. Macam-macam kebutuhan yang diperlukan oleh ibu hamil (Atiqoh, 2020).

a. Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan makanan pada ibu hamil mutlak harus terpenuhi, kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdaraha pasca persalinan, sepsis puerperalis dan lain-lain.

b. Kebutuhan oksigen

Konsumsi keseluruhan oksigen tubuh meningkat sekitar 15- 20% dalam kehamilan. Untuk menyeimbangkan kebutuhan oksigen tersebut, ibu hamil memerlukan suasana lingkungan yang dapat mendukung ibu bernapas dengan lega.

c. Kebutuhan personal hygiene

Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan, termasuk pakaian. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangat dianjurkan karena selama kehamilan, keputihan pada vagina meningkat.

d. Kebutuhan seksual

Pada kehamilan trimester I biasanya terjadi penurunan minat terhadap hubungan seksual.

Saat hamil muda, sedapat hubungan seksual dihindari bila terdapat keguguran berulang atau mengancam, kehamilan dengan tanda infeksi, kehamilan dengan perdarahan, kehamilan dengan mengeluarkan air atau kehamilan dengan perlukaan di sekitar alat kelamin bagian luar.

e. Imunisasi

Di Indonesia, vaksinasi terhadap tetanus (TT) diberikan 2 kali, sebaiknya setelah bulan ketiga dengan jarak sekurang-kurangnya 4 minggu. Vaksinasi kedua sebaiknya diberikan kurang dari 1 bulanan sebelum anak lahir agar serum antitetanus mencapai kadar optimal.

f. Lingkungan yang bersih

Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar zat toksis yang berbahaya bagi ibu dan janin. Lingkungan yang bersih di sini adalah lingkungan yang bebas dari polusi udara seperti asap rokok. Selain udara, perilaku hidup bersih dan sehat juga perlu dilaksanakan, seperti menjaga kebersihan diri, makanan yang dimakan, buang air besar di jamban, dan mandi menggunakan air bersih.

g. Istirahat dan relaksasi

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin.

h. Gerak badan

Kegunaannya adalah agar sirkulasi darah menjadi baik, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik, dan tidur lebih nyenyak. Gerak badan yang

melelahkan dilarang. Ibu di anjurkan berjalan-jalan pada pagi hari dalam udara yang masih segar.

7. Tanda Bahaya Pada Kehamilan (Idaningsih, 2016)

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan lanjut adalah perdarahan trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri.

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

c. Gerakan janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3

d. Penglihatan kabur

e. Bengkak di wajah dan tangan

B. Hiperemesis Gravidarum

1. Pengertian

Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur kehamilan 20 minggu. Keluhan muntah kadang-kadang begitu hebat di mana segala apa yang di makan dan di minum di muntahkan sehingga dapat mempengaruhi keadaan umum dan mengganggu pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi, dan terdapat aseton dalam urin bahkan

seperti gejala penyakit apendisitis, pielitis, dan sebagainya (Prawirohardjo, 2014).

Seperti yang telah dipaparkan pada pembahasan sebelumnya mengenai mual dan muntah selama kehamilan, 28% diantaranya mengalami keluhan mual muntah yang berlanjut hingga minggu ke-16 kehamilan. dan sekitar 20% diantaranya mengalami gejala yang menetap hingga kehamilan lanjut. Berdasarkan penelitian ebrahumi tahun 2010, hanya 2% mual muntah yang berkembang menjadi HEG, walaupun belum ada penelitian yang memperkuat hubungan Antara HEG dengan emesis gravidarum. Hyperemesis gravidarum adalah suatu keadaan mual dan muntah pada kehamilan yang menetap, dengan frekuensi muntah lebih dari 5 kali dalam sehari, disertai dengan penurunan berat badan (>5 % dari berat sebelum hamil) dan dapat menyebabkan ketidak seimbangan elektrolit dan asam-basa, kekurangan gizi bahkan kematian. (Husin, 2013).

2. Etiologi (Husin Farid, 2013)

Penyebab pasti hyperemesis gravidarum belum diketahui, akan tetapi interaksi kompleks dari factor biologis, psikologis dan social budaya diperkirakan menjadi penyebab hyperemesis gravidarum. Selain itu kehamilan multitel, perempuan dengan kehamilan pertama, usia <20 tahun dan >35 tahun, kehamilan mola, serta berat badan berlebih menjadi factor pencetus pada beberapa penelitian. Ada beberapa teori yang diusulkan sebagai penyebab hyperemesis gravidarum yaitu:

a. Perubahan hormonal

Wanita yang mengalami hyperemesis gravidarum memiliki kadar hcg yang tinggi terutama pada trimester pertama kehamilan (usia kehamilan 9 minggu) yang menyebabkan hipertiroidisme yang bersifat sementara. Secara fisiologis hcg dapat merangsang kelenjar tiroid yaitu reseptor *Thyroid Stimulating Hormon* (TSH). Tidak hanya HCG yang berperan dalam menyebabkan terjadinya hyperemesis gravidarum, akan tetapi kemungkinan keterlibatan HCG merangsang tiroid dapat memicu terjadinya HEG.

b. Gastrointestinal disfungsi

Sembilan lima puluh persen gangguan pada system pencernaan di sebabkan oleh bakteri *heliobacter pylori*, dan 61.8% menjadi penyebab terjadinya HCG dapat di sebabkan karena ibu memiliki gangguan pencernaan seperti ulkus peptikus, hepatitis, pankreatitis.

c. Vestibular dan penciuman

Hyperacuity dari system penciuman dapat menjadi factor yang berkontribusi terhadap mual dan muntah pada ibu hamil. Banyak kasus yang menggambarkan bagi ibu hamil bahwa mencium bau masakan khususnya daging dapat memicu terjadinya mual. Kesamaan Antara HEG dengan morning *sickness* adalah bahwa gangguan dari subclinical vestibular mungkin penyebab dari beberapa kasus HEG.

d. Genetik

Suatu penelitian di Norwegia menemukan bahwa ibu yang sewaktu hamil mengalami HEG ketika mereka hamil nanti atau yang memiliki saudara yang juga

mengalami HEG. Secara keseluruhan di laporkan bahwa factor genetic mungkin memainkan peran dalam mengembangkan terjadinya HEG.

e. Masalah psikologi

Psikologis dalam kehamilan sering kali dikaitkan dengan factor pencetus terjadinya HEG, namun belum di temukan bukti kuat terhadap hal ini, hasil penelitian cenderung mengarah pada factor hormonal sebagai pencetus HEG.

3. Patofisiologis

Ada teori yang menyebutkan bahwa perasaan mual adalah akibat dari meningkatnya kadar korionik gonadotropin, estrogen dan progesterone karena keluhan ini muncul pada 6 minggu pertama kehamilan yang dimulai dari hari pertama haid terakhir dan berlangsung selama 10 minggu. Pengaruh fisiologis hormone ini korionik gonadotropin, estrogen dan progesterone ini masih belum jelas, mungkin berasal dari system saraf pusat akibat berkurangnya system pengosongan lambung. (Husin, 2013)

Penyesuai terjadi pada kebanyakan ibu hamil. Meskipun demikian mual dan muntah dapat berlangsung berbulan-bulan, secara umum berdasarkan teori, pada hiperemesis gravidarum terjadi mual muntah dan penolakan semua makanan dan minuman yang masuk, sehingga apabila terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi, tidak imbangnya kadar elektrolit dalam darah, dengan alkalosis hipokloremik.

Selain itu hiperemesis gravidarum mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energy yang di dapat dari makanan tidak cukup, lalu karena oksidasi lemak yang tidak sempurna, terjadilah ketosis dan tertimbunnya asam aseton-asetik, asam hidroksi butirik dan aseton dalam

darah sehingga menimbulkan asidosis. Selanjutnya, dehidrasi yang telah terjadi menyebabkan aliran darah ke jaringan berkurang, hal tersebut menyebabkan pasokan zat makan dan oksigen berkurang dan juga mengakibatkan penimbunan zat metabolic yang bersifat toksik didalam darah. Kemudian hyperemesis gravidarum juga dapat menyebabkan kekurangan kalium akibat dari muntah dan ekskresi lewat ginjal, yang menambah frekuensi muntah yang lebih banyak, dan membuat lingkaran setanyang sulit di patahkan.

4. Tingkatan Hyperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum secara klinis dapat di bagi menjadi tiga tingkatan berikut ini

a. Tingkat 1

- 1) Muntah berlangsung terus
- 2) Nafsu makan berkurang
- 3) Berat badan menurun
- 4) Kulit dehidrasi sehingga tonus lemah
- 5) Nyeri di daerah epigastrium
- 6) Tekanan darah turun dan nadi meningkat
- 7) Lidah kering
- 8) Mata tampak cekung

b. Tingkat II

- 1) Penderita tampak lebih lemah
- 2) Gejala dehidrasi makin tampak, mata cekung, turgor kulit makin turun, lidah kering dan kotor
- 3) Tekanan darah turun nadi meningkat

- 4) Berat badan makin menurun
 - 5) Mata ikterus
 - 6) Gejala hemokonsentrasi makin tampak: urin berkurang dan badan aseton dalam urin meningkat
 - 7) Terjadi gangguan buang air besar
 - 8) Mulai tampak gejala gangguan kesadaran, menjadi apatis
 - 9) Napas berbau aseton
- c. Tingkat III = Berat
- 1) Muntah berkurang
 - 2) Keadaan umum ibu hamil makin menurun: tekanan darah turun, nadi meningkat dan suhu naik, keadaan dehidrasi makin jelas
 - 3) Gangguan faal hati terjadi dengan manifestasi ikterus
 - 4) Gangguan kesadaran dalam bentuk somnolen sampai koma: komplikasi susunan saraf pusat dan perubahan mental. (Manuaba, 2006).

5. Diagnosis

Untuk menetapkan kejadian hyperemesis gravidarum tidaklah sukar, yaitu dengan menerukan kehamilan dan adanya muntah berlebihan yang sampai menimbulkan gangguan aktivitas hidup sehari-hari dan dehidrasi. Muntah yang terus-menerus tanpa pengobatan dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin dalam rahim dengan manifestasi klinisnya. Oleh karena itu, hyperemesis gravidarum berkelanjutan harus di cegah dan harus diobati secara yang adekuat. Kemungkinan penyakit lain yang menyertai kehamilan harus dipikirkan dan berkonsultasi dengan dokter tentang penyakit hati, penyakit ginjal dan penyakit

tukak lambung. Pemeriksaan laboratorium dapat membedakan tiga kemungkinan kehamilan yang di sertai penyakit (Manuaba, 2006).

6. Pengobatan Hyperemesis Gravidarum

Pengobatan yang baik pada emesis gravidarum dapat mencegah hiperemesis gravidarum. Dalam keadaan muntah berlebihan dan dehidrasi ringan, penderita emesis gravidarum sebaiknya di rawat sehingga dapat mencegah hyperemesis gravidarum. Konsep pengobatan yang dapat di berikan adalah sebagai berikut.

- a. Isolasi dan pengobatan psikologis. Dengan melakukan isolasi di ruangan sudah dapat menenangkan ibu hamil karena perubahan suasana dari lingkungan rumah tangga. Petugas dapat memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang berbagai masalah berkaitan dengan kehamilan
- b. Pemberian cairan pengganti. Cairan pengganti dapat diberikan dalam keadaan darurat sehingga keadaan dehidrasi dapat diatasi. Cairan pengganti yang diberikan adalah glukosa 5% sampai 10% dengan keuntungan dapat mengganti cairan yang hilang dan berfungsi sebagai sumber energy sehingga terjadi perubahan metabolisme dari lemak menjadi protein menuju ke arah pemecahan glukosa. Cairan tersebut dapat ditambah vitamin c, b kompleks, atau kalium yang diperlukan untuk kelancaran metabolisme. Selama cairan yang masuk dan keluar melalui kateter, nadi, tekanan darah, suhu dan pernapasan. Lancarnya pengeluaran urine memberi petunjuk bahwa keadaan ibu hamil berangsur-angsur membaik. Pemeriksaan yang perlu di lakukan adalah pemeriksaan darah, urine, dan bila memungkinkan pemeriksaan fungsi

hati dan ginjal. Bila muntah berkurang dan kesadaran membaik, ibu hamil dapat diberikan makan minum dan mobilisasi.

- c. Pemberian obat. Pemberian obat pada hyperemesis gravidarum sebaiknya berkonsultasi dengan dokter sehingga dapat dipilih obat yang tidak bersifat teratogenic (dapat menyebabkan kelainan kongenital atau cacat bawaan bayi).

Komponen (susunan obat) yang dapat diberikan adalah :

- 1) Sedative ringan (fenobarbital [luminal] 30 mg, valium)
- 2) Anti-alergi/anti-muntah (mediamer, B6, emetrole, stemetil, avopreg)
- 3) Vitamin terutama B kompleks dan vitamin C

- d. Menghentikan kehamilan. Pada beberapa kasus, pengobatan hyperemesis gravidarum yang tidak berhasil justru mengakibatkan terjadinya kemunduran dan keadaan semakin menurun sehingga di perlukan pertimbangan untuk melakukan penguguran kandungan. Keadaan yang memerlukan pertimbangan penguguran kandungan adalah :

- 1) Gangguan kejiwaan (delirium, apati, somnolen sampai koma, terjadi gangguan jiwa ensefalopati Wernicke
- 2) Gangguan penglihatan (perdarahan retina, kemunduran penglihatan)
- 3) Gangguan faal (hati [ikterus], ginjal [anuria], jantung dan pembuluh darah [nadi meningkat dan tekanan darah menurun]).

Denga memperhatikan keadaan tersebut, penguguran kandungan dapat di pertimbangkan pada hyperemesis gravidarum. (Manuaba, 2006)

7. Diet untuk Hyperemesis Gravidarum

- a. Diet hyperemesis I diberikan pada hyperemesis tingkat II. Makanan hanya berupa roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan

bersama makanan tetapi 1-2 jam sesudahnya. Makanan ini kurang mengandung zat gizi, kecuali vitamin C sehingga hanya diberikan selama beberapa hari.

- b. Diet hyperemesis II diberikan bila rasa mual dan muntah berkurang. Secara berangsur mulai diberikan bahan makanan yang bernilai gizi tinggi. Minuman tidak diberikan bersama makanan. Makanan ini rendah dalam semua zat gizi, kecuali vitamin A dan D.
- c. Diet hyperemesis III diberikan kepada penderita hyperemesis ringan. Menurut kesanggupan penderita minuman boleh diberikan bersama makanan. Makanan inicukup dalam semua zat gizi, kecuali kalsium (Prawirohardjo, 2014).

8. Pencegahan Hyperemesis

Pencegahan terhadap hyperemesis gravidarum perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses fisiologik, memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah 4 bulan, menganjurkan mengeubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tapi sering. Waktu bangun pagi, jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat. Makan yang berminyak dan berbau sebaiknya di hindari. Di anjurkan makanan yang banyak mengandung gula (suryaningrat, 2016).

9. Penatalaksanaan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Simon hanya berkisar 1-5% kasus HEG yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Sebagai tenaga kesehatan yang berada di garis depan layanan masyarakat, bidan harus mampu mengenali tanda dan gejala terjadinya HEG sehingga dapat melakukan upaya pencegahan dan deteksi dini. Jika didapati kasus ibu datang dengan keadaan dehidrasi disertai penurunan tingkat kesadaran, lakukan penatalaksanaan awal sebagai upaya penstabilan keadaan ibu sebelum dilakukannya penatalaksanaan lanjut. Penatalaksanaan lanjutan dilakukan oleh tenaga kesehatan lain. Yang berwenang pada unit pelayanan yang lebih tinggi. Terapi diberikan yaitu B1 100 mg dicampur dengan 100ml cairan fisiologi diberikan dalam waktu 30-60 menit perminggu, pemberian antiemetic, vitamin B6 dalam larutan fisiologis, terapi steroid yang diberikan oleh dokter pada perawatan rumah sakit (Husin, 2013).

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

Penerapan manajemen Kebidanan dalam bentuk kegiatan praktek dilakukan melalui suatu proses yaitu langkah-langkah/proses manajemen kebidanan.

1. Tujuh Langkah Varney

- a. Langkah 1: Mengumpulkan data klien
 - 1) Jenis data
 - 2) Sumber data
 - 3) Cara pengumpulan data
 - 4) Lengkap, tepat, akurat
- b. Langkah 2: Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa/ masalah

- 1) Data di interpretasi adalah identifikasi Masalah / Diagnosa
- 2) Rumusan Masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa, tapi membutuhkan penanganan

Contoh :

Diagnosa : wanita hamil trimester III Masalah: Merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan.

Pada langkah ini bidan menganalisa data dasar yang didapat pada langkah pertama, menginterpretasikannya secara akurat dan logis, sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah kebidanan. Rumusan DIAGNOSA merupakan kesimpulan dari kondisi klien, apakah klien dalam kondisi hamil, inpartu, nifas, bayi baru lahir? Apakah kondisinya dalam keadaan normal? Diagnosa ini dirumuskan menggunakan Nomenklatur Kebidanan.

Sedangkan Masalah dirumuskan apabila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Masalah ini terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, karena masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka dirumuskan setelah diagnosa. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah tersebut juga sering menyertai diagnosa.

- c. Langkah 3: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya
 - 1) *Identifikasi diagnosa* atau masalah potensial berdasarkan diagnosa/masalah yg telah diidentifikasi (pada langkah 2).

- 2) Langkah ini merupakan langkah *antisipasi*, sehingga dalam melakukan asuhan kebidanan, bidan dituntut untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada/sudah terjadi.
 - 3) Pada langkah antisipasif ini diharapkan Bidan selalu *waspada* dan bersiap-siap *mencegah* diagnosa/masalah potensial ini menjadi benar-benar tidak terjadi.
 - 4) Langkah ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman, dan langkah ini perlu dilakukan *secara cepat*, karena sering terjadi dalam kondisi emergensi.
 - 5) Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah ada, bidan dapat *merumuskan tindakan* apa yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah /diagnosa potensial yang akan terjadi.
- d. Langkah 4: Mengidentifikasi & Menetapkan Kebutuhan Penanganan Segera/Tindakan Emergensi.
- 1) Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya yang sesuai dengan kondisi klien.
 - 2) Pada saat ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan intervensi, tindakan konsultasi, kolaborasi dengan *dokter* lain, atau rujukan berdasarkan Kondisi Klien.
 - 3) Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan yang terjadi dalam kondisi emergensi.

Berdasarkan hasil analisa data, ternyata kondisi klien membutuhkan tindakan segera untuk menangani/mengatasi diagnosa/masalah yang terjadi.

Pada langkah ini mungkin saja diperlukan data baru yang lebih spesifik sehingga mengetahui penyebab langsung masalah yang ada, sehingga diperlukan tindakan segera untuk mengetahui penyebab masalah. Jadi tindakan segera bisa juga berupa observasi/pemeriksaan. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya menghentikan perdarahan kala III, atau mengatasi distosia bahu pada kala II).

Pada tahap ini mungkin juga klien memerlukan tindakan dari seorang dokter, misalnya terjadi prolaps tali pusat, sehingga perlu tindakan rujukan dengan segera. Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklamsi, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, maka bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang tepat dalam penatalaksanaan asuhan klien.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa / masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan

tindakan emergency / segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Contoh I > Dari kasus perdarahan antepartum *tindakan segera* yang harus dilakukan adalah :

- 1) Observasi perdarahan, tanda-tanda vital
- 2) Periksa / cek kadar hb
- 3) Observasi DJA
- 4) Rujuk ke RS (bila di masyarakat) atau kolaborasi dengan dokter (bila di Rumah Sakit)

Contoh II > *Tindakan segera* yang dilakukan pada kasus manual plasenta pada ibu dengan retensio plasenta :

- 1) Periksa perdarahan
- 2) Masase uterus untuk merangsang kontraksi
- 3) Periksa TFU

e. Langkah V : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

- 1) Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Pada langkah ini data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah teridentifikasi, apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apa yang dibutuhkan dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah.
- 2) Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan

penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, baik yang sifatnya segera ataupun rutin.

- 3) Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi dengan merumuskan tindakan yang sifatnya mengevaluasi/memeriksa kembali. Atau perlu tindakan yang sifatnya follow up.
- 4) Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi penanganan masalah yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga tindakan yang bentuknya antisipasi (dibutuhkan penyuluhan, konseling).
- 5) Begitu pula tindakan rujukan yang dibutuhkan klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan.
- 6) Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut (Informed Consent).
- 7) Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya, baik lisan ataupun tertulis.
- 8) Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar *nyata* berdasarkan pengetahuan dan

teori yang *up to date* serta telah dibuktikan bahwa tindakan tersebut bermanfaat/efektif berdasarkan penelitian (Evidence Based).

Contoh Rencana komprehensif pada kasus dengan perdarahan ante partum :

- a) Beri tahu kondisi klien dan hasil pemeriksaan
- b) Berikan dukungan bagi ibu dan keluarga
- c) Berikan infus RL
- d) Observasi tanda-tanda vital, perdarahan, DJA dan tanda-tanda syok
- e) Cek kadar HB
- f) Siapkan darah
- g) Rujuk klien ke RS / kolaborasi dengan dokter
- h) Follow up ke rumah (kunjungan rumah)
- i) Kaji ulang apakah rencana asuhan sudah meliputi semua aspek asuhan kesehatan terhadap klien.

f. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

- 1) Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman.
- 2) Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.
- 3) Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap *memegang*

tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya.(misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, dan sesuai dengan kebutuhan klien).

- 4) Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut.
 - 5) Penatalaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.
 - 6) Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.
- g. Langkah VII: Evaluasi
- 1) Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa.
 - 2) Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasikan didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.
 - 3) Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses penatalaksanaan ini

merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui pengkajian ulang (memeriksa kondisi klien).

- 4) Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai apakah proses penatalaksanaan efektif/tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

Contoh Evaluasi

- a) Evaluasi perdarahan ; berhenti atau tidak, jika belum berhentijumlahnya berapa banyak ?
- b) Kondisi janin dan ibu ?
- c) Kadar Hb ?

2. Data Fokus SOAP

Saat ini kita memasuki metode dokumentasi yang terakhir yang akan kita pelajari yaitu metode SOAP. Mungkin sebagian besar dari Anda sudah familiar dengan metode dokumentasi ini karena metode ini lebih umum dan lebih sering digunakan dalam pendokumentasian layanan kebidanan. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

a. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”.

Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. Analisis

Langkah selanjutnya adalah analisis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang

tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. (Handayani R, 2017).